

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N° 296

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Laurent LECCIA

Né le 20 janvier 1912, à Ajaccio (Corse)

**Conceptions actuelles
de la
Chirurgie des Goîtres**

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°.....

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Laurent LECCIA

Né le 20 janvier 1912, à Ajaccio (Corse)

Conceptions actuelles de la Chirurgie des Goîtres

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

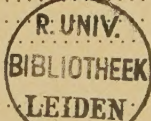
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée		Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique Médicale		ABRAMI.
		FIESSINGER.
		LOEPER.
		RATHERY.
		LEREBOULLET.
		NOBÉCOURT.
		LAIGNEL-LAVASTINE.
		GOUGEROT.
		GUILLAIN.
		LEMIERRE.
		CUNEO.
		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
		VELTER.
		CHEVASSU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
		LÉVY-SOLAL.
		MOCQUOT.
		OMBREDANNE.
		HARVIER.
		LEMAITRE.
		Pierre DUVAL.
		Maurice VILLARET.
		TROISIÈRE.
		MATHIEU.
		LAUBRY.
		Clovis VINCENT.
		N...
		HAZARD
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIÉ.
		VERNE.
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique de cardiologie		
Clinique de neuro-chirurgie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	COSTE Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COUVELAIRE
BERNARD (E.). Pathologie médicale.	(Roger) Urologie.
BEZANÇON (J.). Hydrologie.	DELARUE ... Anatomie pathologique.
BONNET Bactériologie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULANGER Chimie.	DEGREZ (H.).. Physique.
BOULIN Pathologie médicale.	DESOLLE ... Médecine légale.
BROUET Pathologie médicale.	DIGONNET ... Obstétrique.
BULLIARD Histologie.	DOGNON Physique.
CACHERA Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
CORDIER Anatomie.	GALLIARD ... Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{re} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
M ^{re} J. LÉVY..	Pathologie médicale.
LENEGRE	Pharmacologie.

MM.	
MARCHAL	Pathologie chirurgicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.
BRULÉ.	
CATHALA	
CHABROL.	
CHEVALLIER	
GASTINEL	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN.	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE.	
SÉZARY.	

MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	
VIGNE.	
PORTES.	

MM.	
BASSET.	Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	
MOULONGUET.	
QUENU.	
MOURE.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARO	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Que j'ai tant aimé. Il m'a toujours
donné l'exemple du travail.*

A LA MEMOIRE DE MON FRERE AINE

*Tombé à vingt ans au Champ
d'Honneur.*

A MA FEMME

A MON FRERE JOSEPH ET A MA BELLE-SŒUR

*Bien faible témoignage de ma grande
affection.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de
ma reconnaissance pour les sacrifices
incessants qu'ils se sont imposés pour
moi.*

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A MES BELLES-SŒURS

ET A MES BEAUX-FRERES

A MON BEAU-PERE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Membre de l'Institut.

Grand Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESBUQUOIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Médecin Chef de l'Hôpital Bretonneau de Tours.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECCIA

Chef de Clinique Obstétricale à la Maternité de Tours.
Médecin Adjoint à l'Hôpital Bretonneau.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE
DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔPITAL DE TOURS

BONDOUY, BONNIN, CHEVE, LIEFRING,
MAGNAN, A. MERCIER

A NOS MAITRES DE L'HÔTEL-DIEU DE BLOIS

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE VIALLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Ancien Chef de Clinique à la Salpêtrière.
Chirurgien Chef de l'Hôpital Clocheville à Tours.
Professeur Suppléant
à l'Ecole de plein exercice de Médecine de Tours.

*Nous gardons le meilleur souvenir
de ses bonnes leçons cliniques.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine de Tours.
Médecin Chef de l'Hôpital Bretonneau à Tours.

*Il fut pour nous le meilleur et le plus
dévoué des maîtres. Qu'il trouve ici un
faible témoignage de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAIX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Professeur de Clinique Obstétricale.
Médecin Chef de la Maternité de Tours.

*Dont nous avons suivi les enseigne-
ments à la Maternité de Tours.*

*En témoignage de profond respect
et de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS GUILLAUME

Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine de Tours.

*Respectueux hommage de notre
profonde admiration et remerciements
pour les excellents conseils qu'il nous
a toujours donnés.*

INTRODUCTION

S'il est une question qui a fait l'objet de controverses passionnées et qui a pu occuper à diverses reprises les séances des sociétés savantes de l'étranger, celles de notre Académie de Chirurgie, c'est bien celle de la *Chirurgie du Goître*, ou, pour parler plus rationnellement, des *Goîtres*. En effet, sous ce terme vague, ainsi que l'écrivent LECÈNE et LERICHE, « on désigne en clinique des lésions bénignes du corps thyroïde, de cause encore obscure, et qui correspondent à des types anatomiques variés. Tantôt il existe un seul nodule de dégénérescence ou d'hyperplasie thyroïdienne, quelquefois solide (adénome thyroïdien), mais bien souvent aussi ramolli en son centre et renfermant alors un liquide séro-sanguinolant (kyste ou mieux pseudo-kyste thyroïdien); tantôt on rencontre dans le corps thyroïde plusieurs nodules hyperplasiques de tissu thyroïdien (goître nodulaire à noyaux multiples); tantôt enfin on ne constate qu'une hyperplasie diffuse du parenchyme thyroïdien, sans nodule vrai (goître colloïde diffus) ».

Nous n'avons pas la prétention de tenter d'apporter aux débats une contribution personnelle, qui serait au demeurant, quelque peu présomptueuse. Nous voulons simplement, dans ce travail que les circonstances de guerre nous astreignent à exécuter dans des conditions difficiles, tenter de synthétiser les conceptions de l'Ecole Française quant à la chirurgie thyroïdienne dans les goîtres, telle qu'elle ressort des débats qui se sont poursuivis pendant près de deux ans à l'Académie de Chirurgie.

Nous rappellerons en passant la classification qui semble actuellement adoptée par la majorité des auteurs étrangers. Que cette classification soit un peu étroite, nous ne le contestons nullement. En effet, elle répond moins à une espèce distincte qu'à un aspect histologique déterminé. Or, rien n'est moins homogène qu'une coupe de goître qui constitue parfois une véritable mosaïque (Prof. CUNÉO). Il semble donc que, pour cette classification, on se heurterait à une impossibilité en raison des formes mixtes, si l'on s'en tenait à la simple constatation des lésions. Cependant, cette classification est nécessaire et nous nous excusons d'en présenter un schéma peut-être trop synthétique, sans commenter les différents paragraphes que comporte une telle présentation. Nous considérons cependant une telle synthèse comme essentielle pour la suite de nos commentaires, qui ne seront eux-mêmes qu'une synthèse de ce que

de plus qualifiés que nous ont pu dire et écrire sur la question. Mais nous avons voulu faire mentir l'adage qui disait : « Tout médecin est analyste » et prouver que l'esprit médical peut parfois être synthétique sans cependant tomber dans la rigidité mathématique incompatible avec notre art.

DE LA CLASSIFICATION DES GOITRES

D'après le Professeur CUNÉO, la classification la plus pratique et aussi la plus claire de toutes celles actuellement connues, est celle qui a été établie en 1926 par WEGELIN, de Berne. Elle est basée sur l'aspect macroscopique et l'examen histologique des lésions. Sur le plan macroscopique elle repose plus sur l'architecture générale des lésions que sur des détails d'histologie fine. C'est surtout la disposition de l'élément épithélial qui entre en ligne de compte, bien que celle du stroma conjonctif joue souvent un rôle prédominant dans l'aspect macroscopique de la lésion thyroïdienne. Il est donc évident que, puisque la disposition macroscopique intervient comme élément de classification, le technicien appelé à faire l'examen histologique doit recevoir la totalité de la pièce enlevée, et, d'autre part, être renseigné sur l'aspect général du corps thyroïde. La classification de WEGELIN peut être schématiquement reproduite ainsi :

I. - Formes bénignes

1° HYPERPLASIES DIFFUSES :

Très rares dans les régions sans endémie goitreuse, portant sur la totalité du corps thyroïde, hypertrophie étant le plus souvent asymétrique, la forme générale étant conservée.

a) Hyperplasie parenchymateuse ou goître charnu, formé de cordons épithéliaux pleins et de petites vésicules vides ou contenant une petite quantité de substance colloïde. En cas de prédominance de la structure vésiculaire : goître microfolliculaire.

b) Hyperplasie colloïde ou goître gélatineux : histologiquement, grandes cavités arrondies ou polygonales par pression réciproque, tapissées par des cellules cubiques parfois aplaties.

2° GOITRE NODULAIRE, ADÉNOME :

Il s'agit pratiquement de néoplasmes car nous nous trouvons en face de masses isolées au milieu du parenchyme thyroïdien susceptibles de présenter un accroissement autonome. Dans les pays à endémie goitreuse, cette forme est la variété la plus commune du goître (environ 80 %).

A) *Adénomes parenchymateux* : 3 variétés.

a) Adénome trabéculaire, formé par des cordons de cellules cubiques ou polyédriques, minces, com-

prenant 2 à 4 cellules en largeur, séparées par de minces travées conjonctives, souvent si minces que l'adénome perd son aspect trabéculaire pour prendre en apparence un aspect massif.

b) L'adénome tubulaire, variété du précédent, une lumière se montrant entre les cellules des cordons.

c) L'adénome microfolliculaire, formé de petits follicules, soit tassés, soit disséminés dans un stroma, souvent atteints de dégénérescence hyaline avec disposition perlée.

d) L'adénome à grosses cellules est constitué par des amas alvéolaires de cellules volumineuses, à protoplasma granuleux et acidophile, et munis d'un gros noyau.

B) L'adénome colloïde : 2 variétés.

a) L'adénome colloïde microfolliculaire, à aspect macroscopiquement gélatiniforme, avec dans certains follicules des intumescences épithéliales.

b) L'adénome colloïde microfolliculaire capillaire portant dans les cavités folliculaires des végétations plus ou moins ramifiées.

Bien que le stroma soit souvent réduit dans certaines variétés de goître bénin, il peut dans certains cas subir soit la dégénérescence hyaline, soit la dégénérescence muqueuse, soit enfin et plus fréquemment la dégénérescence calcaire qui peut coïncider avec la dégénérescence hyaline.

II. - Formes malignes

1° FORMES INTERMÉDIAIRES A MALIGNITÉ ATTÉNUÉE.

a) L'adénome métastatique : histologiquement il comporte un noyau thyroïdien souvent de si petit volume qu'il peut échapper à l'examen. En coupes sériées la présence de quelques mitoses ou de cordons cellulaires pleins est généralement insuffisante pour caractériser la malignité, et seul dans certains cas l'envahissement capsulaire ou la constation de vaisseaux contenant des cellules néoplasiques, permet d'affirmer la malignité que l'examen histologique ne permet pas d'affirmer. Cette forme peut se présenter avec l'aspect histologique de l'adénome à grosses cellules acidophiles.

b) L'adénome proliférant de Langhans se présente macroscopiquement comme un goître avec volumineux noyau fibreux central, avec à la surface de la tumeur des thromboses néoplasiques, celles-ci adhérant à la capsule thyroïdienne. Histologiquement, selon l'expression de DE QUERVAIN, il se présente comme une sorte de caricature du goître trabéculaire bénin. Cette forme est rare, sauf de 50 à 60 ans et dans les pays à endémie goitreuse.

c) Le papillome de LANGHANS ou cystadénome papillifère, cysto épithéliome proliférant ou papillifère, etc., est à l'adénome macrofolliculaire papillaire

ce que le goître proliférant est à l'adénome trabéculaire.

Il existe des goîtres mixtes où l'on rencontre, suivant les points, l'aspect du papillome et celui du goître proliférant. Les goîtres papillaires sont généralement accompagnés d'hyperthyroïdie.

2° FORMES FRANCHEMENT MALIGNES :

On distingue les tumeurs épithéliales des conjonctives.

A) Tumeurs épithéliales.

a) Le carcinome, ou *carcinoma solidum*, se présente sous l'aspect d'une tumeur initialement diffuse qui envahit tout un lobe et dépasse bientôt les limites du corps thyroïde pour infiltrer les parties voisines.

b) Le cancer cylindrique, ou épithéliome tubuleux ou métatypique, est formé de boyaux irréguliers tapissés de cellules cylindriques ou cubiques qui entourent une lumière remplie d'une substance colloïde, soit pâle, soit prenant fortement les colorants basiques.

c) Le cancer à cellules aplaties, à épithéliome pavimenteux stratifié, à type baso ou spino-cellulaire.

B) Tumeurs malignes d'origine conjonctive : seule, l'énumération ici suffira : le sarcome, souvent fuso-cellulaire, l'hémangio-endothéliome, et le lympho-endothéliome.

On a enfin rencontré les épithélio-sarcomes à propos desquels la discussion n'est pas close.

Nous avons ici simplement rapporté quelques éléments de classification. Toutes les formes intermédiaires sont possibles, ces formes intermédiaires innombrables pouvant masquer sous un aspect bénin un goître malin qui se dissimule. Peut-être est-ce pour cette raison qu'après des thyroïdectomies partielles ou subtotaies, le nombre des récides s'est révélé si grand que la plupart des opérateurs a été amené progressivement à pratiquer les interventions de plus en plus larges, de plus en plus typiques, unifiant leur conduite qui ne diffère plus que par des détails, suivant qu'ils aient à opérer un goître simple, un goître toxique ou une maladie de Basedow. Nous allons maintenant examiner quelles sont approximativement les conclusions auxquelles sont parvenus quelques-uns de ceux qui ont participé à la longue discussion à laquelle nous avons fait allusion dans notre avant-propos, en tenant compte dans les indications que nous rapportons ci-après, des observations qui ont été faites par les contempteurs de leur méthode, et en atténuant ce que celle-ci peut avoir d'outré.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES GOITRES SIMPLES SANS PHENOMENES D'HYPERTHYROIDIE

On peut dire qu'à l'heure actuelle, la technique classique de l'énucléation est critiquée non seulement en France, mais également et surtout à l'Etranger, dans les pays à endémie goitreuse dans lesquels le nombre des interventions dépasse de beaucoup celui qui peut être pratiqué dans notre pays.

Jacques-Charles BLOCH, dans les conclusions du débat de l'Académie de Chirurgie, a insisté sur des faits d'anatomie macroscopique susceptibles d'expliquer la fréquence des récidives après l'énucléation : fréquence d'adénomes multiples, d'adénomatose diffuse, gros développement possible de l'adénome vers la périphérie ou dans tout un lobe.

D'autre part, l'énucléation est une opération hémorragique, dangereuse pour les nerfs récurrents, et la plupart des chirurgiens spécialisés la rejette désormais.

On peut d'ailleurs difficilement parler de récidives, car il ne s'agit, en réalité, que de fausses récidives, les extirpations étant incomplètes (KOCHER). Elles

sont particulièrement fréquentes et si les statistiques ne sont pas toutes concordantes, il faut surtout conserver à l'esprit qu'elles sortent du cadre de la statistique chirurgicale normale, et peuvent différer suivant qu'elles émanent de pays à endémie goîtreuse ou de pays dans lesquels on pourrait parler de goître « exceptionnel ». Néanmoins, le chiffre minimum a été donné par le professeur Cunéo, et il est déjà de 27 %. Quant à ENDERLEN et HITZER, le nombre des récidives vues par eux a atteint 47 %. D'autre part, ainsi que nous l'avons déjà dit, un examen histologique préopératoire, même s'il porte sur les deux lobes, ne peut pas lever complètement le doute de la possibilité de la transformation maligne d'un goître, en raison de la complexité des formes intermédiaires, en raison de la possibilité pour une forme maligne primitive de se dissimuler sous un aspect bénin, en raison également de la possibilité de l'existence d'un seul trabécule malin, risquant d'être la base d'un essaimage ou d'une métastase. Et ceci explique pourquoi la plupart des chirurgiens spécialisés ont eu tendance à pratiquer les opérations de plus en plus larges.

Il est parfaitement évident que l'intervention trop large entraîne avec elle le danger du myxoedème post-opératoire, et que celui-ci peut n'être qu'une manifestation tardive, dont les statistiques post-opératoires ne tiennent pas toujours un compte exact, du

fait qu'un certain nombre des malades thyroïdectomisés cessent d'être revus après un laps de temps relativement court, les suites opératoires étant satisfaisantes.

Nous pouvons, en l'état actuel des connaissances, dégager d'une manière schématique les directives thérapeutiques ci-après :

« Le goître étant une lésion précancéreuse au premier chef » (BÉRARD), les indications opératoires doivent être larges. Normalement, le traitement médical doit être tenté, soit par l'hormone antithyroïdienne, soit par l'iode à l'état pur, à l'état naissant, colloïdal, en solution de lugol, mais, dès échec de ce traitement, et s'il n'existe pas de contre-indications du côté de l'état général, l'intervention s'impose.

Nous n'entrerons pas ici dans des détails se rapportant à l'anesthésie ni aux voies d'abord, ni même à ce que nous appellerons la technique opératoire proprement dite.

Dans les grandes lignes, cependant, un principe essentiel demeure, celui de SÉBILEAU, que tous les auteurs, quelles que soient leurs divergences d'opinions quant aux indications de l'opération large, admettent comme définitif (WELTI, Jacques-Charles BLOCH, BÉRARD, TRUFFERT, LOUIS BAZY, BERGERET, etc...) : énucléer, accoucher hors du cou, mais avec toute la douceur et toute la prudence qui sont indis-

pensables dans cette chirurgie, le lobe sur lequel on travaillera.

La plupart des auteurs rappelle également, à la suite de Cunéo, qu'une palpation soigneuse est absolument nécessaire pour permettre de faire avant l'acte chirurgical proprement dit, un bilan des lésions, bilan qui, seul, décidera de la conduite à tenir. Ce qui reste un principe général également, et bien que certains auteurs aient l'air de proner la thyroïdectomie totale, c'est que l'on est dans l'obligation d'enlever toutes les parties malades, et de conserver au maximum le tissu thyroïdien sain. La divergence d'opinions n'est qu'apparente et ne repose que sur le fait qu'une expérience plus ou moins grande, d'une part, un examen histologique plus ou moins poussé, d'autre part, ont amené le chirurgien à constater une étendue plus ou moins grande de tissu lésionnel, étendue qui, pour d'autres, semblera limitée, soit à un lobe, soit à un fragment de lobe. L'intervention sera donc à la fois proportionnée à l'étendue des lésions constatées ou suspectées, et conditionnée par l'opinion personnelle du chirurgien.

A) En cas de goitre nodulaire :

Wolti pratique alors l'énucléation-résection qui, pour pouvoir protéger parathyroïde et récurrent, doit rester strictement sous-capsulaire en arrière. Cependant, Cunéo estime qu'une résection, même extra-capsulaire, si elle est faite avec précautions, ne met

pas les parathyroïdes en danger, à condition de pratiquer la ligature des vaisseaux au point même de la pénétration dans le lobe.

On ne pratique plus la ligature à distance des artères thyroïdiennes. On pratique, à l'heure actuelle, les « ultra-ligatures » de Halsted. Bérard écrit que : « L'hémostase doit être progressive et méthodique : des pinces sont placées au-devant du bistouri, à la limite de section, et en-dedans de la capsule. »

Jacques-Charles Bloch, pour sa part, ouvre la capsule très en arrière, aussi bien en dehors qu'en dedans, après bascule des deux pôles isthmiques, et sépare la masse adénomateuse de la portion saine du lobe.

B) Si les lésions sont étendues à tout un lobe :

Dans ce cas, on peut tenter une résection totale, en laissant toutefois, pour maintenir la fonction thyroïdienne, quelques débris de parenchyme adhérents à la capsule. Jacques-Charles Bloch recommande, pour sa part, une lobectomie.

C) Dans le cas de goître diffus :

Jacques-Charles Bloch pratique alors une lobectomie totale d'un côté, une lobectomie subtotale de l'autre, ne laissant subsister que quelques grammes de tissu thyroïdien. Dans les cas de polymicroadénomatose, la lobectomie totale d'un côté est accompagnée de l'énucléation de toutes les parties pathologiques du second lobe incomplètement extirpé.

D'autre part, lorsqu'il se trouve en présence d'un gros goître colloïde diffus, il recommande même la thyroïdectomie totale.

La discussion à l'Académie de Chirurgie a montré qu'il existait à cette dernière intervention une sérieuse opposition.

WELTI rapportant quelques petits incidents de la thyroïdectomie subtotale déclare que ceux-ci sont un argument suffisant pour ne pas aller plus loin, et que, bien plus, ils montrent que, même au cours de résection subtotale, il importe de ne pas être trop radical. Il estime que la thyroïdectomie subtotale, à condition d'être faite selon certaines règles, met à l'abri des récidives. BÉRARD, ROUHIER, PETIT-DUTAILLIS s'élèvent contre la thyroïdectomie totale, et agitent le spectre du myxœdème post-opératoire, prenant d'ailleurs appui sur un certain nombre d'observations rapportées par GRINDA et RIVOIRE dans un mémoire adressé à l'Académie, dans lequel ces auteurs reconnaissent pratiquer systématiquement pour leurs goîtres toxiques, des thyroïdectomies soit totales, soit maxima : lobectomie subtotale maxima, d'un côté, et lobectomie totale du côté opposé. Compte tenu de ces observations, les résultats opératoires directs de ces interventions ont été ramenés à un pourcentage extraordinairement intéressant : en effet, le perfectionnement incessant des techniques a permis d'abaisser la mortalité, selon les chirurgiens, à 0,2 à 1 %.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HYPERTHYROIDIES

C'est surtout dans le domaine des hyperthyroïdies que la collaboration entre le médecin et le chirurgien s'avère le plus nécessaire. Collaboration qui doit être particulièrement étroite, pour poser les indications opératoires, et surtout pour que la préparation du malade à l'intervention soit menée de telle façon que le risque de la maladie post-opératoire soit écarté dans la plus grande mesure possible. Les accidents thyrotoxiques qui succèdent à la thyroïdectomie « peuvent être évités si une technique sévère est suivie dans les heures qui précèdent l'intervention » (Bérard).

Les indications chirurgicales semblent désormais plus étendues qu'autrefois, et ceci pour plusieurs raisons. La première est qu'un recul de plusieurs années a permis de se rendre compte que les traitements médicaux et radiothérapiques n'étaient que des palliatifs, et que s'ils amenaient des rémissions et des régressions, ils n'apportaient pas de guérison durable et totale. La seconde est que l'amélioration des

techniques opératoires a permis, en réglant les protocoles d'intervention, d'en faire des opérations d'abord simples, en second lieu logiques, et enfin, généralement efficaces.

A) MALADIE DE BASEDOW

Voyons maintenant quelles sont les indications opératoires dans le goître exophtalmique :

En principe, l'intervention doit être conseillée dans toutes les formes de gravité moyenne, dans lesquelles le métabolisme basal demeure constamment au-dessus de 20 %. Elle est d'indication formelle, dans toutes les formes graves, c'est-à-dire celles dans lesquelles l'élévation du métabolisme basal atteint ou dépasse 70 %.

Un des facteurs de réussite thérapeutique de l'intervention chirurgicale dans ces cas, est la précocité de cette intervention. On doit tenter, logiquement, toutes les thérapeutiques médicamenteuses classiques. Mais il importe de ne pas les prolonger inutilement si l'on se rend compte de leur inefficacité, ce qui ne demande jamais longtemps. Les auteurs américains, certains auteurs européens comme DE QUERVAIN, J.-C. BLOCH, conseillent même de ne pas tenter de traitement médicamenteux dès que le métabolisme basal dépasse 50 % et de recourir immédiatement à la chirurgie.

Dans les formes dans lesquelles le métabolisme basal est inférieur à 20 % et y demeure, de même que dans les formes de début, dans lesquelles on ne constate encore que des signes fonctionnels frustes, le traitement médical, contrairement aux formes graves, s'impose d'emblée, et doit être prolongé longtemps, sous le contrôle de métabolismes répétés, permettant de surveiller l'évolution du syndrome. Toutefois, il importe de ne pas prolonger outre mesure cette tentative thérapeutique. Si après deux ou trois mois d'un traitement régulier on n'a pas réussi à abaisser le métabolisme au-dessous de 20 %, si d'autre part la tachycardie persiste, si le pouls n'est pas abaissé au-dessous de 90, un auteur aussi conservateur que BÉRARD lui-même conseille d'intervenir

Les *contre-indications opératoires*, si elles existent, sont cependant rares. Nous ne parlerons pas des tares organiques, qui jouent ici un rôle plus grand encore que dans la chirurgie générale classique : qu'il s'agisse de diabète, d'albuminurie, ou de toute autre cause du même ordre. Mais CARNOT a signalé des formes à évolution aiguë, dites « galopantes », qui évoluent vers la mort en quelques jours, et quelles que soient les thérapeutiques mises en œuvre. Dans ces formes, l'abstention opératoire est de rigueur. Bien que, classiquement, on considère comme une contre-indication opératoire formelle le

Basedow de l'enfant, WEITZ, par sa pratique hospitalière, est parvenu à démontrer que, contrairement à cette conception, la chirurgie était parfaitement satisfaisante quant à ses résultats dans les formes graves de l'enfance. La thyroïdectomie, loin de troubler le développement sexuel, le développement intellectuel et l'ossification, restait en quelque sorte « muette » dans ses conséquences physiologiques.

Cette démonstration a d'autant plus d'importance que c'est chez l'enfant que les résultats de la roentgenthérapie ont été le plus discutés : il est incontestable que, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, des améliorations indubitables peuvent être constatées dans 50 à 80 % des cas. Cependant, on doit observer, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, que le pourcentage des résultats définitifs, durables, est bien inférieur aux chiffres ci-dessus. En définitive, on doit constater que les résultats lointains de la radiothérapie sont inférieurs, et ceci assez nettement, à ceux de la chirurgie. Les radiothérapeutes, eux-mêmes, avouent que leur méthode n'est pas exempte de dangers. On se souvient des poussées inattendues d'hyperthyroïdie, graves, voire mortelles, provoquées par la radiothérapie, qui, dans certains cas, agit par « excitation » au lieu d'agir par « inhibition ». Il s'agit de phénomènes imprévisibles, dans lesquelles le facteur terrain joue un rôle encore mal élucidé.

D'autre part, la radiothérapie, lorsqu'elle n'a pas donné de résultats cliniques favorables, a amené un état anatomique des tissus et de la glande thyroïde qui rend les interventions décidées ultérieurement particulièrement délicates : les lobes sont devenus friables, il existe des adhérences, et d'autre part, et quelque prudente que soit par la suite l'intervention, même si celle-ci est tentée à minima, le myxœdème peut apparaître, que VORONOFF attribue bien plus à la radiothérapie préalable qu'à l'intervention libératrice proprement dite.

B) LES ADENOMES TOXIQUES - LES CARDIOTHYREOSES

De l'avis de tous, tant Français qu'étrangers, les adénomes toxiques sont une indication opératoire formelle. La thyroétoxicose ne trouve aucune indication dans la radiothérapie, qui, au contraire, *risque de l'aggraver*.

Dans les maladies de BASEDOW, peuvent apparaître des troubles du rythme, qu'il s'agisse d'une hyposystolie, ou d'une asystolie. Ces troubles constituent la cardio-thyréose, et, dans ces cas, le traitement chirurgical doit être institué à la période où les troubles cardiaques sont encore englobés dans le cycle toxique. Il s'agit donc d'une intervention *rapidement décidée, rapidement pratiquée*.

BÉRARD considère que les lésions organiques cardio-vasculaires coexistantes constituent une contre-indication formelle à l'intervention. WELTI passe

outre, et opère, si l'examen attentif du malade semble lui révéler que le facteur thyro-toxique joue un rôle important dans la genèse des troubles.

On voit donc là toute l'importance des examens cliniques du malade, ainsi que celle des épreuves fonctionnelles de tous ordres destinées à fixer à la fois *l'indication opératoire et le moment opératoire*.

Les Frères MAYO, dans leur clinique de Rochester (U. S. A.), ne ménagent ni les épreuves fonctionnelles, ni les examens des organes les plus divers, avant de décider une intervention pour goître. Et cependant, ils totalisent dans cette clinique le plus grand nombre d'interventions de ce genre, depuis le début du ^{xx}e siècle, d'après une statistique internationale dressée en 1936, Ceci explique peut-être pourquoi leurs résultats opératoires sont, par ailleurs, aussi satisfaisants.

L'INTERVENTION

Nous ne voulons pas entrer dans un détail de technique qui déborderait le cadre de cette modeste étude. Nous devons simplement nous souvenir que la préparation du malade à l'intervention a, chez les thyroïdiens, une importance considérable, car ces malades sont généralement des hyper-émotifs et des anxieux. Un repos moral et physique strict et prolongé s'impose. Beaucoup de chirurgiens cachent à leurs malades, avec soin, la date de l'intervention, pour éviter l'angoisse pré-opératoire. D'autre part, dans les jours qui précèdent cette intervention, il est indispensable d'administrer *per os* de 20 à 70 gouttes de la solution du LUGOL à 5 %, les doses étant progressivement augmentées suivant les sensibilités individuelles. Toutes les méthodes seront mises en œuvre pour amener une sédation des phénomènes nerveux : opiacés et barbituriques, ésérine, et, pour soustraire le cœur à l'action du sympathique, la quinine et ses dérivés, qui, d'autre part, agissent sur le métabolisme sympathique comme antagonisme de l'hormone thyroïdienne. Dans l'asystolie par cardio-thyréose, on

prescrira la digitaline et les toni-cardiaques. L'Ecole Américaine (COOKE, F.-H. LAHEY) resucre l'organisme avant l'intervention, en introduisant en goutte à goutte continu jusqu'à 500 à 800 grammes de glucose par 24 heures.

Au bout de 8 jours à quelques semaines, le pouls, la température, le métabolisme basal sont stabilisés. On est prêt pour l'intervention.

BÉRARD, WELTI ne pratiquent que peu les ligatures artérielles, les réservant aux sujets très fragiles et à quelques cas de l'enfance. BÉRARD recommande l'angioneurectomie de la thyroïdienne supérieure.

La thyroïdectomie est le traitement de choix. Jacques-Charles BLOCH, BAZY et BLONDIN pratiquent des interventions de plus en plus larges. Nous avons vu que GRINDA et RIVOIRE proposent la thyroïdectomie totale ou subtotale maxima. WELTI pratique des thyroïdectomies larges. Cependant, il demeure qu'il ne faut pas ériger en règle systématique l'exérèse totale de la thyroïde et que l'on doit laisser au moins un ou deux petits moignons postérieurs étroits, soit six à sept grammes de matière.

Dans l'adénome toxique, la majorité des auteurs recommandent la thyroïdectomie large, quelle que soit l'importance des nodules goîtreux.

Pour BÉRARD et WELTI, le fractionnement des temps opératoires rend l'opération moins choquante et permet de doser l'exérèse suivant les résultats

obtenus après le premier temps. BLOCH pense qu'il ne faut pas être systématique, car l'intervention en deux temps n'évite pas toujours les accidents post-opératoires et ajoute qu'il est à craindre que le malade hyper-anxieux, hyper-émotif ne se soumette pas ou se soumette trop tard à la deuxième intervention. Il recommande des lobectomies successives : si l'exérèse du premier lobe a laissé le malade calme, que la tension artérielle soit satisfaisante, que le pouls ne soit pas trop accéléré, il enlève dans le même temps le second lobe, ce qui n'allonge l'opération que de un quart d'heure environ.

CONCLUSIONS.

I. — La question de la chirurgie du goître est une de celles qui a soulevé dans les Sociétés Savantes du monde entier, le maximum de controverses.

II. — A l'heure actuelle, un certain nombre de règles semble se dégager, tant des discussions françaises que de l'opinion des auteurs étrangers.

III. — Dans le goître simple nodulaire, après échec du traitement médical, si l'état général ne le contre-indique pas, l'énucléation-résection sous-capsulaire avec ultra-ligature de HALSTED est à recommander.

IV. — Dans les lésions étendues à tous les lobes, on peut pratiquer une résection totale en laissant des débris de parenchyme adhérents à la capsule, soit une lobectomie.

V. — Dans le goître diffus, on peut pratiquer une lobectomie totale d'un côté, subtotale de l'autre. Certains auteurs pratiquent des thyroïdectomies totales pour gros goître colloïde et diffus. D'autres, au contraire, s'opposent aux opérations trop larges.

VI. — Dans le Badedow à forme bénigne, deux ou trois mois de thérapeutique médicale sans succès commandent l'intervention. Dans les formes de gravité moyenne, le traitement médicamenteux doit être

bref s'il est sans succès. La roentgenthérapie prolongée chez l'enfant risque de rendre l'intervention ultérieure délicate.

VII. — Les adénomes toxiques sont une indication opératoire formelle.

VIII. — Les cardio-thyréoses qui sont pour certains auteurs une contre-indication, sont cependant pour d'autres une indication si le facteur thyro-toxique joue un rôle important dans la genèse des troubles.

IX. — La tendance générale semble être à l'heure actuelle l'intervention élargie, atteignant pour certains auteurs la lobectomie totale d'un côté et la lobectomie subtotale maxima de l'autre côté.

X. — En l'absence de données étiologiques précises, toutes ces interventions ne semblent être que des palliatifs, l'avenir nous permettant peut-être d'espérer une thérapeutique médicamenteuse, étiologique, rationnelle, d'un phénomène pathologique encore inexpliqué.

VU : *Le Président de Thèse,*

M. GOSSET.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZY (L.), BLONDIN (S.). — A propos de la technique et des indications de la thyroïdectomie dans les affections non cancéreuses du corps thyroïde. *Mém. Ac. Chir.*, 16 février 1938.
- BERARD (L.). — A propos de la chirurgie des goîtres. *Mém. Ac. Chir.* 23 février 1938.
- La thyroïdectomie dans le traitement de la maladie de Basedow et les goîtres toxiques. *Mém. Ac. Chir.* 23 mars 1938.
- BIRARD (L.), COLSON (P.), RAPONSKY. — La thyroïdectomie subtotale dans la maladie de Basedow. *Presse Médicale*, 27 avril 1935.
- BERGERET (M.). — A propos des goîtres. *Mém. Ac. Chir.* 30 mars 1938.
- BLOCH (J.-C.). — A propos de la technique de la thyroïdectomie. *Mém. Ac. Chir.* 25 mai 1938.
- BLOCH (J.-C.), ALIVISATOS (C.-N.). — Le traitement chirurgical des syndromes basedowiens. *Ann. Thérap. Biol.* 15 janvier 1935.
- BLOCH (J.-C.), SAINTON (P.), ZAGDOUN (J.). — Quelques réflexions sur la technique de la thyroïdectomie à propos de 134 goîtres opérés. *Mém. Ac. Chir.* 3 novembre 1937.

COURTY (L.). — Au sujet du traitement chirurgical des goîtres hyperthyroïdiens. *Mém. Ac. Chir.* 8 juin 1938.

CUNEO (B.). — Sur une classification des goîtres. *Mém. Ac. Chir.* 12 janvier 1938.

GRINDA (J.-P.) et RIVOIRE (R.). — Thyroïdectomies pour goîtres toxiques. *Mém. Ac. Chir.* 2 février 1938.

GUIBE (G.). — Traitement chirurgical du goître simple. Indications et technique opératoire *Thèse Paris, Legrand édit., 1934.*

MAYO (C.-H.). — Progress in knowledge and treatment of goiter. *J. Internat. Chir.* Avril 1936.

PETIT-DUTAILLIS (D.). — A propos de la thyroïdectomie dans le goître. *Mém. Ac. Chir.*, 22 décembre 1937.

WELTI (H.). — Traitement chirurgical de la maladie de Basedow chez l'enfant, à propos de 17 observations personnelles. *Mém. Ac. Chir.* 17 novembre 1937.

— Les indications des différentes techniques de la thyroïdectomie. *Mém. Ac. Chir.* 15 décembre 1937.

